



**3^{ème} colloque de l'association nationale des responsables universitaires de
Développement Professionnel Continu en Santé**

Diffusion sur Internet par CANAL-U en direct et en différé

Site de DPC-SU : <http://www.dpcsu-colloque.fr>

SOMMAIRE DU LIVRET PEDAGOGIQUE

Programme du colloque	p. 1
Propos introductif	
Mary-Hélène BERNARD Présidente, et Patrick DISDIER Secrétaire de DPC-SU	p. 2
Le développement professionnel continu à l'échelon européen, un rôle pour les organisations professionnelles	
Frédéric DESTREBECQ, Directeur Général de l'UEMS.....	p. 3
Suivi du colloque 2013 : Les « MOOCs » ?	
Rôle du concepteur	
Christophe BATIER Directeur Technique du service TICE de l'Université Lyon1	p. 4
Rôle de l'enseignant	
Antoine FLAHAULT Co-Directeur du Centre Virchow-Villermé, Paris & Berlin	p. 5
Le DPC, opportunité majeure pour le développement de la culture de sécurité et la gestion des risques à l'hôpital	
Philippe MICHEL, Directeur Qualité aux Hospices Civils de Lyon	p. 6
Formation médicale continue et compagnie d'assurance de personnes : réflexions	
Martine REVERBERI, Médecin chef de la CNP	p. 8
DPC : quel bilan pour les universités ? quelles perspectives ?	
Isabelle RICHARD, Doyen de la Faculté de médecine d'Angers	p. 12
Perspectives : « le DPC en marche ... »,	
Philippe ORCEL, Membre de la CSI du DPC des médecins	p. 13
Références	
HAS : méthodes et modalités de DPC – Décembre 2012	p. 14
JO :	
Arrêté du 12 décembre 2012 : Dossier d'enregistrement ODPC	p. 18
Arrêté du 26 février 2013 : Orientations nationales	p. 22
Arrêté du 19 juillet 2013 : Critères d'évaluation	p. 26
IGAS :	
Synthèse du rapport d'avril 2014	p. 29
Schéma de fonctionnement du DPC	p. 33
Notes personnelles	p. 34

Colloque DPC-SU 2014 :
« DPC Mode d'emploi et échange d'expériences »
Programme

Jeudi 5 juin 2014

16h00 : Accueil des participants - café et orientation vers les 3 ateliers

16h15-18h15 : le DPC Mode d'emploi et échange d'expériences (ateliers au choix)

Evaluation initiale de groupe en ateliers – Discussion à partir du récent rapport de l'IGAS

- A1 : Salle V1.4 : Enquête de besoin et choix d'une méthode de DPC
 - o *Animateurs : Daniel SERENI et Claude CONRI*
- A2 : Salle V1.5 : Déclaration des liens d'intérêt et gestion des conflits dans le cadre du DPC
 - o *Animateurs : Mary-Hélène BERNARD et Jean-Dominique de KORWIN*
- A3 : Salle V1.6 : Amélioration des Pratiques Professionnelles et validation d'un programme de DPC
 - o *Animateurs : Patrick DISDIER et Vincent PIRIOU*

18h30 – 19h15 : Amphi 2 : Accréditation des congrès médicaux européens dans le cadre du DPC

Conférence plénière de Frédéric DESTREBECQ, Directeur général - Union Européenne des Médecins Spécialistes , Bruxelles

Discussion : Modérateur Daniel SERENI

19h15 : Flûte de champagne sur site et dîner libre

Vendredi 6 juin 2014

9h00 : Accueil des participants - café - séances en Amphi 2

9h15 : Allocutions de bienvenue : Amphi 2

- Benoît SCHLEMMER : Doyen de Paris-Diderot
- Mary-Hélène BERNARD : Présidente de DPC-SU

9h30 : Suivi du colloque 2013 - Modérateur : Daniel SERENI

- Où en sont les « MOOC » ? (Massive Open Online Course)
 - o Le rôle du concepteur : Christophe BATIER, Directeur Technique du service TICE de l'Université Lyon1
 - o Le rôle de l'enseignant : Antoine FLAHAULT, Ancien directeur de l'Ecole des hautes études en santé publique

10h00 : Restitution des ateliers - Modérateur : Patrick DISDIER

- Synthèse des travaux
 - o 5 mn/atelier (15 mn)
- Préconisations de DPC-SU
 - o 15 mn de présentation : Mary-Hélène BERNARD
 - o Suivies de discussion

10h45 : Courte pause

11h00 : Formation et gestion des risques - Modérateur : Claude CONRI

Conférences plénières de 20mn et 10 mn de discussion chacune

- DPC et gestion des risques à l'hôpital : Philippe MICHEL, PUPH, Directeur de la qualité aux Hospices Civils de Lyon
- Regard de l'assureur sur la formation et les compétences : Martine REVERBERI, Médecin conseil en chef de CNP Assurances et de LBPP, praticien hospitalier à temps partiel au CH de Raincy de Montfermeil

12h00 : cocktail déjeunatoire

13h30 : Assemblée Générale de DPC-SU

14h00 : La mise en place du DPC dans la vie réelle - Modérateur : Mary-Hélène BERNARD

- Le DPC vu par les participants : Evaluation par 5 QCM par boîtiers votants en séance
- Résultats de l'enquête auprès des structures universitaires de DPC
- Analyse des résistances
 - o Isabelle RICHARD, Doyen d'Angers
- Comment améliorer l'acceptabilité du DPC ?
 - o Philippe ORCEL, PUPH Paris Lariboisière

15h45 : Intervention de l'OGDPC et messages à emporter

- Monique WEBER, Directeur général de l'OGDPC, Claude CONRI et Patrick DISDIER

16h00 : Clôture des travaux

Propos introductif

Mary-Hélène BERNARD, Présidente de DPC-Santé-Université
Patrick DISDIER, Secrétaire de DPC- Santé-Université

Ce colloque : « **DPC : Mode d'emploi et échange d'expériences** » est l'occasion de faire le point sur le DPC si controversé aujourd'hui.

Le **regroupement des professionnels de santé**, préfiguré avec la médecine d'équipe, l'équipe de soins, constitue l'évolution logique pour atteindre notre objectif prioritaire : l'amélioration de la prise en charge globale de la santé de chacun.

Le DPC instauré depuis 2009 s'est structuré au fil du temps avec la constitution de l'Organisme Gestionnaire de Développement Professionnel Continu (**OGDPC**) et la constitution des Commissions Scientifiques Indépendantes (**CSI**).

Bien sur, il y a eu quelques remous, mais le système fonctionne.

Pourtant, il n'est pas encore très connu et encore moins assimilé par les professionnels de santé qui, dans la morosité générale ambiante, ont bien du mal à se frayer un chemin à travers les méandres du DPC en santé.

C'est la raison pour laquelle, DPC-SU, l'association nationale des responsables universitaires de formation continue en santé a choisi ce thème pour en débattre, alliant ateliers et conférences, invitant des responsables au plus haut niveau pour alimenter notre réflexion.

Notre souhait est :

- **D'informer** nos collègues universitaires des règles nouvelles,
- **D'ouvrir** les différentes actions de formations de l'Université à l'ensemble des professionnels de santé,
- De **féderer** les groupes de formation continue qui souhaitent progresser avec nous.

Cette action ne sera possible qu'avec la ferme volonté des doyens de favoriser le lien entre professionnels, entre formation initiale et formation continue, conduisant tout naturellement les étudiants à avoir une **véritable « culture » du développement professionnel continu**.

Cela dit, nous ne sommes pas là pour faire oublier que la **formation continue des professionnels de santé dépasse largement le cadre strict et légal de l'actuel DPC** et chaque professionnel de santé continuera aussi à se former au gré de ses motivations propres et avec les moyens adaptés à sa personnalité.

Le Développement professionnel continu à l'échelon européen, un rôle pour les organisations professionnelles

Frédéric DESTREBECQ
Directeur général de l'UEMS

Le développement professionnel continu (DPC) est reconnu comme faisant partie intégrante de l'éthique professionnelle de la profession médicale.

Selon la charte européenne adoptée par l'UEMS en 2001 -Déclaration de Bâle- le DPC est défini comme "les méthodes pédagogiques de mise à niveau, de développement et de renforcement de la manière avec laquelle les médecins appliquent leurs connaissances, aptitudes et attitudes dans leurs activités et environnement professionnels". C'est pourquoi l'UEMS considère le DPC comme essentiel pour assurer de hauts standards de pratique professionnelle. À cet effet, le DPC est entendu comme englobant la sphère de la formation médicale continuée (FMC), considérée comme purement théorique.

Comme le révèlent les sondages successifs organisés par l'UEMS, le panorama européen en matière de DPC est largement diversifié, certains pays ayant opté pour un modèle restrictif et contraignant alors que d'autres ont mis en place un système sur base volontaire. Dans le contexte de cette hétérogénéité généralisée, l'UEMS a mis en place dès 1999 un système d'accréditation européen de FMC-DPC qui visait, dès sa création, à permettre aux médecins de valoriser leur participation à des congrès internationaux organisés hors de leurs frontières tout en bénéficiant de la garantie quant à la qualité de ces événements. Pour ce faire, des critères explicites ont été édictés afin de guider le travail des experts chargés d'évaluer les programmes soumis à accréditation.

L'UEMS a été amenée à créer un tel système sur une base volontaire afin de soutenir les professionnels médicaux dans leur devoir éthique de maintenir leurs compétences mais apporte également une valeur ajoutée en la création d'un réseau d'autorités nationales d'accréditation. Ces autorités nationales, en contribuant à l'élaboration d'un corps commun de critères pour l'évaluation des événements de FMC-DPC, sont amenés à améliorer leur propre degré d'exigence et la qualité même de leurs standards nationaux.

Ce mécanisme a été mis sur pied en dehors de tout cadre législatif européen sur le sujet. La directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles n'a que très sporadiquement adressé cette question. La notion de FMC-DPC dans le cadre de la directive n'est apparue qu'avec la directive consolidée adoptée en 2005 (Directive 2005/36/CE). Celle-ci s'est vue légèrement consolidée dans le cadre de la révision aboutie en 2013 (Directive 2013/55/UE) mais ne prévoit qu'une obligation envers les États membres de faire état sur une base régulière de la mise en place et du fonctionnement de leur système national. Malgré la nécessité croissante d'assurer une comparabilité et compatibilité des différents systèmes, la question de la FMC-DPC a toujours été reconnue comme partie intégrante des domaines de la santé et de l'éducation, dès lors ressortissant directement des compétences exclusivement dévolues aux États Membres.

C'est dans ce vide juridique qu'il était nécessaire pour les organisations professionnelles d'agir. En instaurant une relation de confiance entre autorités nationales et en s'appuyant sur l'expertise de professionnels éminents, l'UEMS a construit un système qui est à ce jour le plus large mécanisme d'accréditation et de reconnaissance international en Europe.

MOOC (Massive Open Online Course)

Le rôle du concepteur

Christophe BATIER,

Directeur Technique du service TICE de l'Université Lyon1
batier@univ-lyon1.fr

Résumé

Depuis plusieurs années, l'Université Lyon 1 a pour principal objectif la modernisation et l'amélioration de la qualité des enseignements.

Un des outils pour atteindre cet objectif est le service Icap qui accompagne les enseignants dans leur développement professionnel. Parmi toutes les pistes possibles, Icap a récemment favorisé la mise en place de MOOCs.

Ainsi, dès le début de l'année 2013, nous avons travaillé sur un MOOC intitulé *E-Learn*². Celui-ci a été réalisé dans le cadre d'une formation créditée destinée aux enseignants. Ainsi, en tant que concepteurs, nous avons rescénarisé les activités proposées en prenant en compte l'apport potentiel de la communauté.

A partir de cette première expérience, dès la fin 2013, nous avons proposé une formation autour des Mooc aux enseignants de notre Université pour les aider dans la mise en place de leur projet MOOC.

A la suite de celle-ci, nous avons réalisé un SWOT. A partir de la vingtaine de projets identifiés initialement, nous avons affiné la démarche pour permettre aux enseignants d'être plus efficaces dans la mise en place de MOOCs sur la plateforme Claroline Connect.

Notre rôle de concepteur implique donc un accompagnement, essentiellement pédagogique et technique, qui nous semble incontournable pour permettre aux enseignants de comprendre le fonctionnement d'un MOOC, de profiter des avantages liés à cette forme de pédagogie, tout en prenant en considération les limites qu'elle entraîne, et ce, dans une logique d'apprentissage.

MOOC (Massive Open Online Course) du Centre Virchow-Villermé

une formation à distance de masse destinée à la santé publique

Antoine Flahault

Professeur de Santé Publique, Paris-Descartes, Hôtel-Dieu (APHP), Université Sorbonne Paris Cité, France
Co-Directeur du Centre Virchow-Villermé, Paris & Berlin

***Virchow-Villermé est une initiative conjointe
de la Charité (Berlin) et de l'Université Sorbonne Paris Cité en collaboration avec l'INRIA.***

Résumé

Les MOOCs émergent dans le champ de la formation, apportant un nouveau modèle d'enseignement qui représente un véritable défi pour les formations universitaires plus classiques. Le Centre Virchow-Villermé est une initiative franco-allemande dans le champ de la santé publique qui a été lancée début 2014 avec notamment un programme de MOOCs (francophone, germanophone et anglophone).

Six MOOCs préparés avec l'Inria ont été distribués à ce jour sur la plateforme France Université Numérique (FUN), concernant des formations durant de 1 à 6 semaines (en moyenne 5 semaines) et couvrant des sujets allant des biostatistiques de base, à la démographie ou la science politique, en passant par l'épidémiologie des maladies émergentes. Au delà des effectifs importants d'étudiants que ces plateformes de MOOCs permettent d'atteindre à distance, l'un des éléments particulièrement innovants de ces enseignements a été la constitution de communautés participatives et dynamiques à travers les réseaux sociaux créés autour de chacun de ces cours en ligne, particulièrement lorsque ceux-ci duraient plusieurs semaines.

L'importance de disposer de ressources pédagogiques francophones sur Internet nous a semblé également à souligner.

Et enfin, nous envisagerons les projets de certification (crédits ECTS) associés à certains de ces cours.

Le DPC, une opportunité majeure pour le développement de la culture de sécurité et la gestion des risques à l'hôpital

Philippe Michel,

Directeur de l'Organisation, de la Qualité, des Risques et des Usagers aux Hospices Civils de Lyon

Le développement professionnel continu est une opportunité pour la sécurité des patients.

Dans les années 1980 à 2000, les efforts en matière la sécurité dans les systèmes de santé ont été essentiellement dédiés à améliorer la sécurité des équipements et autres dispositifs techniques¹. A l'instar du constat fait dans d'autres pays que, malgré ces efforts, la sécurité progressait peu en termes d'incidence des événements indésirables graves associés aux soins évitables, les deux études épidémiologiques françaises (ENEIS 2004 et 2009) n'ont pas montré de diminution de cet indicateur global².

A la suite d'un rapport du Haut Conseil de la Santé Publique³, le premier Programme national de la Sécurité des Patients a été lancé en 2013 dont l'un des quatre axes prioritaires porte sur la formation et l'évaluation. L'arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013 a fixé deux orientations, l'orientation n° 3 (contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques) et l'orientation n° 4 (contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles) fortement liées à la sécurité des soins. En 2014, le ministère a fixé dans la circulaire N° DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels, trois priorités (développer la gestion des risques au niveau d'une équipe, favoriser le travail en équipe (« passer d'une équipe d'experts à une équipe experte »), assurer l'articulation entre l'équipe – son établissement de santé et le(s) organisme(s) professionnels (Collège professionnel, société)). Un numéro spécial de la revue « Risques et qualité » vient d'être consacré à la formation sur la gestion des risques.

Pourquoi ? L'ensemble des pays considère actuellement que l'amélioration de la sécurité de soins passe par un travail sur les facteurs humains et organisationnels, associés à la survenue de 60 à 80%

¹ Leape L, Berwick D, Clancy C, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. Qual Saf Health Care 2009;18:424-8

² Michel P, Lathelize M, Quenon JL, Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M. Comparaison des deux Etudes Nationales sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la DREES (Ministère de la Santé et des Sports), Paris septembre 2011, n° 109 <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud109.pdf>

³ Haut Conseil de la santé publique. Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients : principes et préconisations. La documentation française, novembre 2011, 64 pages.
[http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20111021_politiqueseuritepatients.pdf] (07/05/2012)

de ces événements évitables⁴. L'homme est faillible, nos organisations sont complexes : les établissements doivent penser et bâtir leur système de management des risques sur l'amélioration de la culture de sécurité et sur l'acquisition de compétences non techniques, telles que la communication, la coopération, le lancement des alertes, la gestion du stress etc⁵.

Dans les établissements de santé, le DPC est donc une opportunité pour la gestion des risques s'il contribue à promouvoir de tels programmes, qui doivent être pluriprofessionnels et pluridisciplinaires. Aucune des méthodes de DPC validées par la Haute Autorité de Santé n'exclue une approche de gestion des risques.

Le DPC est également une opportunité pour aider au développement rapide d'approches innovantes (simulation, travail en équipe), dont la littérature montre qu'elles sont efficaces pour améliorer la sécurité de soins⁶⁷. La limite à leur déploiement large tient notamment au fait qu'elles sont très consommatrices de temps, en formateur et pour les professionnels en formation.

Le DPC est enfin une opportunité car, ce faisant, les professionnels et les établissements répondent à une demande forte des usagers et aux dispositifs externes (certification, accréditation des professions à risque, demande des assureurs et des certificateurs de type ISO, etc.)

Pour les établissements, ce type de programme de DPC a un rôle fédérateur, en lien avec les pratiques et les organisations de terrain. Un indicateur de bonne pratique d'un établissement de santé ne serait-il pas la proportion de professionnels validant leur DPC au travers de programmes multiprofessionnels et pluridisciplinaires ?

⁴ Reason J Human error: models and management BMJ 2000;320:768–70

⁵ Michel P, Millat B. La place de la formation à la gestion des risques dans le développement de la culture de sécurité des professionnels de santé. Risques & Qualité 2014 ;9:6-10.

⁶ Boet S, Jaffrelot M, Naik VN, Brien S, Granry JC. [Simulation in healthcare in North America: Update and evolution after two decades.] Ann Fr Anesth Reanim. 2014. doi: 10.1016/j.annfar.2014.03.004. [Epub ahead of print]

⁷ Salas E, Rosen MA. Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training. BMJ Qual Saf 2013;22:369–373. doi:10.1136/bmjqs-2013-002015

Rôle du service médical et des médecins conseils dans une compagnie d'assurance de personnes

M. Reverberi*

Les objectifs de ce bref article sont de préciser le rôle d'un service médical d'une compagnie d'assurance de personnes, de synthétiser ses principales fonctions et d'appréhender la diversité et l'ampleur des domaines impactés.

La raison d'être d'un service médical est de concevoir, rédiger et faire appliquer les règles techniques et déontologiques de fonctionnement du contrôle médical.

Les règles techniques visent à évaluer le risque médical présenté par les « proposants » à l'entrée dans l'assurance et à apprécier le bien fondé au niveau médical des demandes de mise en jeu des garanties (incapacité de travail, invalidité, perte totale et irréversible d'autonomie « PTIA », décès...).

L'application de ces règles techniques doit s'effectuer dans le respect du secret médical et du code de bonne conduite annexé à la nouvelle Convention AERAS, et doit garantir la confidentialité des informations relatives à l'état de santé des personnes.

Role of the medical department and medical advisors in a personal insurance company

The aim of this brief article is to explain the role of the medical department in a personal insurance company, summarising its main duties and its range and scope.

The purpose of a medical department is to design, draft and ensure the implementation of the technical and ethical rules when conducting a medical examination.

CDDC : 3312. Mots clés : Service médical d'assurance, médecin conseil, mission, contrôle médical, confidentialité

* Ancien interne des Hôpitaux de Paris - Ancien chef de clinique à la faculté de Paris
Diplômé d'expertise médicale et odontologique - Praticien hospitalier - Médecin Conseil en chef de la CNP

The technical rules evaluate the "medical risk presented by the applicant" on insurance acceptance and assess in medical terms the sound foundation of requests to provide cover (employment incapacity, invalidity, total, irreversible loss of autonomy, death, etc).

When applying these technical rules medical confidentiality should be respected as well as the code of conduct appended to the New AERAS Convention, and confidentiality of information relating to people's state of health must also be guaranteed.

Pour une meilleure clarté dans la présentation, les actions d'un service médical sont orientées en missions internes et externes à la compagnie d'assurance de personnes.

EN TERMES DE MISSIONS INTERNES

Apporter sa compétence technique médicale et des conseils médicaux

- aux services chargés des différents contrats, d'assurance collective et d'assurance individuelle.

Ces conseils médicaux sont délivrés par les médecins conseils sur des dossiers délicats, de candidats ou d'assurés, présentés par les gestionnaires :

- **à l'admission** : pour apprécier l'état de santé d'un proposant et orienter les conditions d'assurabilité,
- en cas **de sinistre** (incapacité, invalidité, PTIA, décès), **de contentieux** ou **de médiation** : pour préciser le bien fondé de la demande de mise en jeu des garanties ou d'une réclamation et donner un avis sur la conduite à tenir compte tenu du contexte médical.

Dans cette fonction de conseil sur dossier, le médecin de siège a un rôle d'interface entre l'assuré et les gestionnaires responsables de l'acceptation du risque et du règlement du sinistre. Il doit donner un avis de technique médicale neutre et objectif, la responsabilité de la décision finale revenant à la gestion.

Arrêter une politique médicale d'entreprise

- lors de l'élaboration des différents produits, après propositions formulées par les services de production,
- sur les risques propres à certains contrats,
- et sur les bases du contrôle médical.

Le service médical intervient dans la conception, la validation, le suivi des **documents médicaux et des supports techniques** d'appréciation des risques médicaux à l'admission et de reconnaissance des sinistres.

Les médecins **conseillent la direction** sur la définition, l'évolution de la doctrine médicale et sur toutes questions **d'ordre médical**.

Développer et optimiser la formation médicale interne

Les médecins conseils dispensent une formation aux gestionnaires, afin de conforter leurs bases techniques et médicales indispensables au traitement des dossiers à l'adhésion ou

lors d'un sinistre. Ils participent aussi par leurs informations à l'entretien des bonnes relations avec les différents services.

Assurer la confidentialité des informations médicales

Le service médical doit veiller à l'application des principales règles à respecter pour la circulation, le stockage des informations médicales, établies selon les règles légales, déontologiques, et selon les recommandations du code de bonne conduite annexé à la nouvelle convention AERAS. Il forme les gestionnaires sur la déontologie médicale et le secret professionnel et valide leurs acquis sur la confidentialité.

EN TERMES DE MISSIONS EXTERNES

Assurer un rôle essentiel dans les échanges des informations médicales confidentielles

Les médecins conseils doivent représenter un passage obligé pour la circulation de toute information médicale entre les secteurs internes de la compagnie d'assurance, les assurés et leurs médecins traitants.

Représenter l'assureur auprès des différentes instances professionnelles

(Conseil de l'Ordre des médecins, médecins des Caisses de Sécurité Sociale, associations des médecins experts...).

Les médecins conseils participent et interviennent activement aux congrès de la profession, aux publications de la presse spécialisée, aux enseignements, de différents diplômes (CAPEDOC : capacité de médecine d'assurance de personnes, diplômes d'assurances de personnes ...) permettant la transmission de leur savoir-faire et la formation de nouveaux médecins experts.

Etablir des rapports étroits et de confiance entre le service médical et son réseau de correspondants médicaux

La gestion, la formation, l'animation et le suivi de ce réseau constituent, pour le service médical, une préoccupation majeure.

Le réseau de correspondants médicaux doit répondre à deux types de besoins pour l'assureur, ses partenaires et ses assurés.

- Évaluer l'état de santé des postulants à l'entrée dans l'assurance, rôle auquel contribuent les médecins examinateurs et biologistes.
- Apprécier, lors de la réalisation d'un sinistre (incapacité, invalidité, PTIA), les raisons médicales qui motivent les demandes de prestations, rôle dans lequel interviennent, sur mission, les médecins conseils experts.

Le réseau de correspondants médicaux est, pour l'assureur, un partenaire avec lequel il entretient, par l'intermédiaire du service médical, des rapports techniques et relationnels de confiance étroits.

- Un des rôles essentiels du service médical est de mettre à la disposition des services internes, des clients, et des partenaires, un réseau structuré, actualisé, informé, disponible et compétent.

- Le service médical doit constituer le réseau médical grâce à des procédures rigoureuses permettant de recruter les meilleurs professionnels en médecine d'assurance de personnes, l'animer et le former au meilleur niveau de technicité médicale, en lui précisant les règles particulières à travers les différentes missions de contrôle selon les spécificités des contrats de l'assureur.

Cette animation et cette formation peuvent faire l'objet d'actions spécifiques par le service médical ; notamment envoi de mailings, d'enquêtes, de bulletins de liaison et d'information, et organisation de séminaires qui regroupent les médecins conseils experts et dont les objectifs sont techniques et relationnels.

- Soucieux du professionnalisme de ses correspondants, le service médical doit contrôler régulièrement l'efficacité, la qualité et la pertinence des rapports des médecins conseils experts.

Le réseau de correspondants médicaux constitue un réel atout commercial vis à vis des partenaires et il peut se développer, si besoin, au plan international.

Telles sont les missions du service médical d'une compagnie d'assurance de personnes.

Voyons maintenant ceux du médecin conseil expert qui doit se distinguer par son savoir-faire, et son savoir-être.

- En effet le rôle du médecin conseil est particulièrement important dans la réalisation des missions qui lui sont confiées par l'assureur et dans la clarté et la fiabilité de ses conclusions médico-techniques.

- Il doit donner un avis de technique médicale objectif, et ne doit subir aucune influence de l'une ou l'autre partie liée par le contrat d'assurance et exerce son action en toute indépendance.

- Il faut insister sur la qualité et le professionnalisme du médecin conseil expert dans sa technique médicale (on ne peut pas devenir un bon expert, si on n'est pas resté un bon médecin), professionnalisme dans sa technique de médecin expert en assurance de personnes et dans sa dimension relationnelle qui fait partie intégrante de la mission de contrôle médical qui doit se dérouler dans un climat de confiance, de clarté, et de sérénité.

DPC : quel bilan pour les universités ? quelles perspectives ?

Isabelle RICHARD, Doyen Faculté de médecine d'ANGERS

Près de deux ans après la mise en place théorique du DPC, tous les acteurs peinent à trouver leur place dans un système dont la simplicité et l'efficacité n'est pas la caractéristique première. Le rapport récent de l'IGAS sur le fonctionnement de l'OGDPC soulève des questions majeures dont celui du financement du DPC, des modalités de contrôle du respect de l'obligation, et de la place des universités dont il est précisé « qu'elle n'a pas été définie ». Cette situation où la place de l'université dans la formation continue d'un secteur majeur de l'activité du pays est au mieux impensée, au pire déniée par certains acteurs est profondément choquante, à l'heure où la loi affirme le rôle de l'université dans la « formation tout au long de la vie » et où l'indépendance des formations dans le domaine de la santé apparaît comme un critère majeur.

Le DPC comprenait à son origine plusieurs intentions louables, dont celle de proposer des formats innovants liant plus étroitement évaluation des pratiques et apport de connaissance. L'intention initiale des porteurs de ce projet n'était du reste pas d'en faire l'unique modalité de formation continue. Les universités se sont saisies du dispositif, ont déposé des dossiers pour devenir ODPC, dont la majorité sont en cours d'examen par la CSI. Deux types de stratégies ont été développées, la mise en place de formats courts, et l'adaptation des modalités pédagogiques des DU et DIU.

Beaucoup d'acteurs partagent néanmoins le sentiment que des formations correspondant à d'autres standards pédagogiques que le DPC sont pertinentes dans un objectif d'amélioration des pratiques de santé. Elles sont également nécessaires au développement de nouveaux métiers. La réflexion ouverte par le rapport de l'IGAS doit donc être l'occasion de reposer, de façon pragmatique, et financièrement soutenable la question d'une obligation de formation continue des professionnels de santé. Celle-ci doit s'envisager à partir d'une palette de formats, des formats de DPC à la réalisation d'une formation diplômante.

Le DPC en marche ...

Philippe ORCEL (1)

Membre de la Commission Scientifique Indépendante du DPC des médecins

Ça y est... enfin ! Le DPC¹ n'est plus une illusion, une arlésienne, un mythe : tous les éléments du dispositif sont en place, le DPC a bien démarré.

Oh, certes, tout n'est pas encore parfait et les détracteurs peuvent encore se complaire dans leurs commentaires ironiques. Il reste des réglages à peaufiner, les programmes doivent être développés et améliorés, les systèmes informatiques doivent être améliorés, la machine administrative doit améliorer sa fluidité. Mais l'important est d'avoir pu enclencher la dynamique, d'avoir mis en marche la machine. Car l'enjeu n'est pas négligeable : le DPC n'est pas un acronyme ésotérique sorti d'un esprit technocratique voulant imposer une pression de contrôle aux professions de santé. Le DPC existe déjà dans de nombreux pays, nord-américains, européens (*continuing professional development* ou CPD) et ce concept a démontré qu'il est parfaitement opérationnel et qu'il contribue à améliorer la qualité des pratiques.

C'est bien là toute son importance et tout son intérêt. La qualité de nos pratiques de soins est, au delà de l'obligation légale définie dans la loi HPST, une obligation éthique et déontologique. La France est à la traine dans ce domaine car elle n'a jamais su exploiter le potentiel considérable de formation qu'elle est capable de produire. Les rivalités, querelles de clochers, l'indécision des politiques en sont la cause.

Le DPC est une démarche qualité en ce sens où il incite chaque praticien à améliorer par une action de formation un domaine où il a identifié des lacunes ou insuffisances lors d'une première étape d'analyse de ses pratiques. Un programme de DPC consiste donc à juxtaposer un volet 'analyse des pratiques' et un volet 'approfondissement des connaissances', l'un et l'autre devant répondre à des méthodes précises, peu complexes pour la plupart, élaborées par la Haute Autorité de Santé. Ces programmes sont portés par des organismes de DPC (ODPC), dont RhumatoDPC pour notre spécialité (voir par ailleurs l'article de Blandine Gerbay), validés par la CSI. Point important, le financement de ce dispositif est loin d'être négligeable avec une rémunération des ODPC pour chaque programme délivré à chaque praticien ; de plus, les médecins libéraux sont indemnisés pour le temps passé dans leur programme de DPC et les médecins salariés peuvent faire ces programmes dans le cadre de leur temps de travail.

Les outils sont en place, les ODPC travaillent, la CSI a commencé son travail d'évaluation et de validation : à nous maintenant de faire vivre le DPC pour le meilleur de nos pratiques !

¹ Orcel P. L'abc du DPC ou « Comment réussir sa démarche qualité ? ». Revue du rhumatisme 2012 ; 79 : 456-9

ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Développement professionnel continu

Méthodes et modalités de DPC

Décembre 2012

Ce document présente :

- la liste des méthodes et des modalités de DPC* ;
- les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective des professionnels à un programme de DPC*

Ce document a été validé par la HAS (19 décembre 2012) après avis des commissions scientifiques indépendantes (CSI) des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes et de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales (CSHCPP).

N.B. : l'avis de la CSI des médecins sera recueilli dès que celle-ci aura été installée.

Pour les médecins, cette liste a été élaborée avec le concours d'un organisme composé de conseils nationaux professionnels de spécialité d'exercice selon des modalités définies par une convention conclue entre cet organisme et l'État (art. R. 4133-4 du décret 2011-2116 relatif au DPC des médecins).

Ce document est destiné aux organismes de DPC qui mettent en œuvre des programmes de DPC.

MÉTHODE ET PROGRAMME DE DPC

Le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un **programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel***.

Ce **programme** de DPC doit* :

- être conforme à une **orientation** nationale ou à une orientation régionale de DPC ;
- comporter **une des méthodes** et des modalités validées par la HAS après avis de la commission scientifique indépendante (ou de la commission scientifique du HCPP) ; ces méthodes et modalités précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de DPC ;
- être mis en œuvre par un **organisme de DPC** enregistré **et évalué positivement par la CSI correspondante de la profession ou la CS du HCPP****.

*Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux, décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes, décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins, décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens.

**Les organismes de DPC sont évalués par la commission scientifique indépendante compétente ou la commission scientifique du HCPP (cf. art. R. 4021-24 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC). Si elle (l'évaluation) est défavorable, le suivi des programmes mis en œuvre par cet organisme ne concourt pas, pour le professionnel de santé, au respect de son obligation de DPC.

CONDITIONS PERMETTANT D'APPRÉCIER LA PARTICIPATION EFFECTIVE D'UN PROFESSIONNEL À UN PROGRAMME DE DPC*

Un programme collectif de DPC se conçoit comme une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui permet de satisfaire l'obligation individuelle des professionnels de santé qui y participent.

Ce programme a vocation à s'inscrire dans une démarche pluriannuelle (appelée aussi « parcours de DPC ») cohérente au regard des besoins des patients et des professionnels et de leur mode d'exercice.

Les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective d'un professionnel à un programme de DPC sont les suivantes :

1. Le programme

- Un programme de DPC associe deux activités :
 - **l'analyse des pratiques professionnelles**, lors d'une activité explicite qui comporte :
 - un temps dédié,
 - un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts...),
 - une analyse critique et constructive des pratiques réalisées, par rapport à la pratique attendue,
 - des objectifs et des actions d'amélioration,
 - un suivi de ces actions et une restitution des résultats aux professionnels ;
 - **l'acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences**, lors d'une activité explicite qui comporte :
 - un temps dédié,
 - des objectifs pédagogiques,
 - des supports pédagogiques reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, éthiques, organisationnelles, consensus d'experts...),
 - une évaluation, notamment de l'acquisition des connaissances, et une restitution des résultats aux professionnels ;
- Ces deux activités sont articulées entre elles, sans ordre prédéfini, et sont **planifiées**.
- Ces deux activités prévoient un temps **d'échange** entre les participants au programme et concernant leurs pratiques (difficultés rencontrées, modalités de prise en charge, résultats obtenus...).
- **L'indépendance** de toute influence, notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé, est garantie (art. 4021-25 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC)).
- La **confidentialité** des données personnelles des professionnels de santé, celles relatives à leurs pratiques et celles des patients, est garantie.

2. Les supports utilisés (papiers, numériques)

- Les supports utilisés pour décrire les pratiques recommandées (supports pédagogiques, référentiels d'analyse des pratiques...) utilisent des références scientifiques identifiées.
- Les supports ne comportent aucune promotion.
- Les auteurs des supports sont identifiés et leurs liens d'intérêts sont portés à la connaissance des participants.
- Les autres sources de financements éventuels sont affichées.
- Les supports issus de la presse scientifique professionnelle respectent des critères de qualité décrits dans une fiche spécifique.

*Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux, décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes, décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins, décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens.

3. Les intervenants (auteurs, formateurs, concepteurs, experts...)

- Tous les intervenants sont tenus de faire connaître à l'ensemble des participants en début de présentation/programme/session les liens d'intérêts qu'ils entretiennent, notamment avec les entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé.
- L'expertise pédagogique, scientifique ou méthodologique des intervenants est portée à la connaissance des participants.

4. La traçabilité de l'engagement des professionnels

Il est demandé à chaque professionnel de santé :

- de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité**. Celui-ci comprend au minimum :
 - les besoins identifiés par le professionnel,
 - le programme suivi,
 - les actions d'amélioration mises en œuvre ;
- et de pouvoir **justifier** les actions entreprises en conservant tous les **documents** susceptibles de lui être demandés. Il s'agit par exemple : d'attestation de présence à une activité, de compte rendu de réunion, de résultats d'évaluation, de fiche de suivi d'actions d'amélioration (exemple : nouvelle procédure de prise en charge le cas échéant), etc.

LISTE DES MÉTHODES UTILISABLES DANS LE CADRE DU DPC

Pour construire leurs programmes de DPC, les organismes de DPC sont invités à choisir, parmi les méthodes citées ci-dessous, les mieux adaptées aux contextes de soins, aux objectifs poursuivis, aux attentes des professionnels et aux démarches déjà entreprises.

Le tableau synthétique suivant présente la liste des méthodes selon un classement par type d'approche.

Cette liste a vocation à être évolutive.

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC
1. Pédagogique ou cognitive	
1.1 - En groupe	• formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire...) • revue bibliographique et analyse d'articles À compléter par une activité d'analyse des pratiques – soit intégrée à la démarche cognitive, au moment de l'identification des besoins de formation ou de l'évaluation de l'impact de la formation – soit externalisée, en complément de l'activité cognitive, et articulée avec elle
1.2 - Individuelle	• formation à distance (<i>e-learning</i>, supports écrits et numériques ...) • formations diplômantes ou certifiantes (autres que les diplômes universitaires (DU) validés¹ par les CSI et la CSHCPP)

¹Certains DU validés par les commissions scientifiques (indépendantes ou du Haut Conseil des professions paramédicales) permettent aux professionnels de valider automatiquement leur DPC. Ils ne sont donc pas concernés dans cette liste (art. R. 4133-5, art. R. 4143-5, art. R. 4153-5, art. R. 4236-5, art. R. 4382-5 des décrets relatifs au DPC du 30 décembre 2011).

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
2. Analyse des pratiques		
2.1 - Gestion des risques	- revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMEDI) - analyse <i>a priori</i> des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE...)	À compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences : - soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser - soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle
2.2 - Revue de dossiers et analyse de cas	- groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles - réunions de concertation pluridisciplinaire - revue de pertinence	
2.3 - Indicateurs	- suivi d'indicateurs - registres, observatoire, base de données - audit clinique	
2.4 - Analyse des parcours de soins	- chemin clinique - patients traceurs (en développement)	
2.5 - Analyse de parcours professionnel	bilan de compétences	
3. Approche intégrée à l'exercice professionnel		
Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocolisation et une analyse des pratiques. - gestion des risques en équipe (en développement) - exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...)		
4. Dispositifs spécifiques		
- accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la loi 2004-810 du 13 août 2004) - accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010 et art. L. 6221-1 du CSP) - programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009) - protocole de coopération (art. 51 de la loi 2009-879 de la loi du 21 juillet 2009) - formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux)		
5. Enseignement et recherche		
- publication d'un article scientifique - recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité - maîtrise de stage (en développement) - formateurs pour des activités de DPC		
6. Simulation		
- session de simulation en santé - test de concordance de script (TCS)		

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 12 décembre 2012 relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement en qualité d'organisme de développement professionnel continu et du dossier d'évaluation prévus aux articles R. 4021-23 et R. 4021-24 du code de la santé publique

NOR : AFSH1242103A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles R. 4021-23 et suivants ;

Vu l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives ;

Vu le décret n° 2010-112 du 2 février 2010 pris pour l'application des articles 9, 10 et 12 de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives ;

Vu le décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu,

Arrête :

Art. 1^{er}. – La demande d'enregistrement en qualité d'organisme de développement professionnel continu, mentionnée à l'article R. 4021-23 du code de la santé publique, est constituée d'un formulaire comprenant notamment les informations figurant en annexe I du présent arrêté. La demande est accompagnée des pièces justificatives qui figurent en annexe II.

Le dossier d'enregistrement comporte le dossier d'évaluation prévu à l'article R. 4021-24 du même code et dont le contenu est précisé en annexe III du présent arrêté.

La demande d'enregistrement ne peut être déposée, chaque année, auprès de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu qu'au cours des périodes suivantes :

- 1^o Entre le 1^{er} janvier et le 31 janvier ;
- 2^o Entre le 1^{er} avril et le 30 avril ;
- 3^o Entre le 1^{er} septembre et le 30 septembre.

La demande d'enregistrement est mise en ligne sur le site de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu : <http://www.ogdpc.fr>.

La demande dûment remplie et complétée des pièces justificatives est adressée à l'organisme gestionnaire sous forme électronique.

Les demandes d'enregistrement rectificatives prévues au I de l'article R. 4021-23 sont présentées selon le calendrier mentionné ci-dessus.

Art. 2. – Le dossier est réputé complet si, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu n'a pas fait connaître à l'organisme déclarant les informations et pièces justificatives manquantes.

L'organisme gestionnaire notifie à l'organisme déclarant, par voie électronique, la date à laquelle le dossier complet a été reçu.

Art. 3. – La décision de refus d'enregistrement prise par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu est notifiée à l'organisme déclarant par voie électronique avant la fin du délai de trois mois mentionné au dernier alinéa de l'article R. 4021-23 du code de la santé publique.

Art. 4. – I. – A titre dérogatoire, pour l'année 2013 :

Les deux périodes d'enregistrement se situent :

- 1^o Entre le 1^{er} et le 30 juin ;
- 2^o Entre le 1^{er} et le 31 octobre.

Le dossier est réputé complet si, dans le délai de deux mois à compter de sa réception, l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu n'a pas fait connaître à l'organisme déclarant les informations et pièces justificatives manquantes.

II. – A titre transitoire et jusqu'au 30 juin 2013 :

L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu publie, sur son site, une liste recensant les organismes agréés au titre de la formation médicale continue, de la formation odontologique continue, de la formation pharmaceutique continue, de l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que les organismes de la formation continue conventionnelle, les organismes de la formation professionnelle conventionnelle, les organismes de formation continue dans le domaine de la santé dont les actions sont prises en charge par un organisme paritaire collecteur agréé, par un fonds d'assurance formation, régis par le code du travail, ou par l'organisme agréé mentionné à l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

La situation des organismes figurant sur cette liste fait l'objet d'une préinstruction qui se fonde sur la disponibilité des pièces citées en annexe. Cette préinstruction ne dispense pas les organismes concernés de déposer leur demande d'enregistrement dans l'une des périodes mentionnées à l'article 4 (I).

III. – Les actions de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles concourant au développement professionnel continu, dispensées par des organismes cités à l'article 4 (II) et par les organismes enregistrés en tant qu'organismes de développement professionnel continu et évalués favorablement à l'issue de l'une des périodes mentionnées à l'article 4 (I), permettent de délivrer aux professionnels de santé concernés, au titre de l'année 2013, des attestations justifiant de leur participation à un programme de développement professionnel continu.

Art. 5. – Le directeur général de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 12 décembre 2012.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*Le chef de service,
adjoint au directeur
de la sécurité sociale,*
F. GODINEAU

*Le directeur général
de l'offre de soins,*
J. DEBEAUPUIS

A N N E X E S

A N N E X E I

INFORMATIONS RELATIVES À LA DEMANDE D'UN ORGANISME DÉCLARANT D'ENREGISTREMENT
EN QUALITÉ D'ORGANISME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

I. – Informations administratives relatives à l'organisme déclarant :

1° Statut juridique de l'organisme déclarant :

- a) Travailleur indépendant ;
 - b) Société civile ;
 - c) Société commerciale ;
 - d) Association loi 1901 ;
 - e) Groupement d'intérêt économique ;
 - f) Groupement de coopération sanitaire ;
 - g) Etablissement public de santé ;
 - h) Etablissement médico-social public ;
 - i) Etablissement de santé privé d'intérêt collectif ;
 - j) Etablissement de santé privé ;
 - k) Etablissement public, notamment établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel ;
- ou, le cas échéant,
- l) Autre statut ;

2° Identification :

- a) Déclarant personne morale : dénomination, sigle, adresse du siège social et, si elle est différente, adresse postale, numéro de téléphone, adresse électronique ;
- b) Déclarant personne physique : nom, prénoms, adresse postale, numéro de téléphone, adresse électronique ;

c) Numéro SIREN ou SIRET, code NAF et, le cas échéant, numéro de déclaration d'activité en qualité d'organisme de formation ;

3° Personnes ayant une fonction de dirigeant ou d'administrateur : nom, prénom, qualité ;

II. – Informations relatives à l'objet de l'activité et au contenu des programmes de développement professionnel continu de l'organisme déclarant :

1° Objet de l'activité : contenu des programmes de développement professionnel continu proposés et méthodes et modalités prévues ;

2° Public de professionnels de santé concerné : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens et professionnels de santé paramédicaux ;

3° Qualité et références des intervenants :

a) Identification des membres des instances de gouvernance ou des concepteurs de programmes : nom, prénoms, statut professionnel, titres et qualifications ;

b) Identification des experts pressentis intervenant dans le programme de développement professionnel continu ;

4° En cas de recours à un organisme prestataire de service pour dispenser un ou plusieurs programmes de développement professionnel continu, identification de l'organisme auquel une prestation est déléguée (dénomination et adresse).

ANNEXE II

PIÈCES JUSTIFICATIVES ACCOMPAGNANT LA DEMANDE D'ENREGISTREMENT D'UN ORGANISME DÉCLARANT

1° Copie des justificatifs d'attribution du numéro SIREN ou SIRET, du code NAF, et, le cas échéant, du numéro de déclaration d'activité en qualité d'organisme formateur ;

2° Déclarant personne morale : extrait K *bis*, bulletin n° 3 du casier judiciaire du dirigeant ;

3° Déclarant personne physique : copie de la carte nationale d'identité, du passeport ou extrait d'acte de naissance, bulletin n° 3 du casier judiciaire ;

4° Statuts et organigramme pour les personnes morales ;

5° Déclaration de liens d'intérêt des membres des instances de gouvernance ou des concepteurs de programmes ;

6° Déclaration de profil des membres des instances de gouvernance ou des concepteurs de programmes ;

7° Dossier d'évaluation.

ANNEXE III

INFORMATIONS RELATIVES AU DOSSIER D'ÉVALUATION JOINT À LA DEMANDE D'ENREGISTREMENT D'UN ORGANISME DÉCLARANT

L'organisme décrit ses activités et, le cas échéant, son expérience acquise dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la formation continue.

I. – Capacité pédagogique et méthodologique de l'organisme de développement professionnel continu :

1° L'organisme décrit le contenu des programmes de développement professionnel continu proposés :

a) Les thèmes traités selon les orientations nationales ou régionales ;

b) La liste des publics ciblés par catégorie de professionnel de santé et mode d'exercice ;

c) Les méthodes et modalités validées par la Haute Autorité de santé ;

2° L'organisme fournit au moins un programme de développement professionnel continu par catégorie de professionnel de santé ciblé, qui comprend les éléments suivants :

a) Le titre du (des) programme(s) ;

b) Le(s) thème(s) traité(s) selon les orientations nationales ou régionales ;

c) La liste des publics ciblés par catégorie de professionnel de santé et mode d'exercice ;

d) Les méthodes et modalités validées par la Haute Autorité de santé ;

e) Les moyens mis en œuvre attestant de la recherche de la validité et de l'efficacité du (des) programme(s) ;

3° L'organisme de développement professionnel continu a-t-il recours à un ou plusieurs organismes prestataires ? OUI – NON.

Si OUI, préciser la dénomination et les informations administratives (cf. annexe I) de l'organisme prestataire de services à qui il délègue partiellement ou totalement une prestation. Joindre la copie du contrat de délégation de prestation ou la transmettre à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu dans les meilleurs délais ;

4° L'organisme de développement professionnel continu entretient-il des liens avec l'université ? OUI – NON.

Si OUI, préciser la nature de ces liens, notamment dans le cadre de l'élaboration de diplômes universitaires pouvant être reconnus comme programmes de développement professionnel continu, en précisant le(s) domaine(s) et le(s) public(s) ciblé(s).

II. – Qualités et références des intervenants :

Description de la structure (comité de pilotage, comité de recherche, conseil scientifique...) en charge de la conception et de la mise en œuvre des programmes de développement professionnel continu et du profil des responsables de cette structure à l'aide de la déclaration de profil jointe à la demande d'enregistrement.

Description des éléments sur lesquels l'organisme se fonde pour choisir ses intervenants (mode d'exercice, spécialité, formation, grade universitaire, membre d'une société savante) et de leur expérience relative à la maîtrise des méthodes d'analyse des pratiques professionnelles.

III. – Indépendance financière :

L'organisme détaille l'origine de ses recettes :

- a) Inscription des participants ;
- b) Cotisation des adhérents ;
- c) Organisme paritaire collecteur agréé ;
- d) Organisme gestionnaire du développement professionnel continu ou organisme gestionnaire conventionnel ;
- e) FIF-PL ;
- f) FAF-PM ;
- g) Entreprises fabricant ou distribuant des produits de santé (*) ;
- h) Autres.

L'organisme déclarant communique un compte de résultat annuel détaillant les charges et les produits relatifs aux actions de formation et aux programmes de développement professionnel continu attesté par un commissaire aux comptes ou, pour un nouvel organisme, un budget prévisionnel.

Les déclarants établissements publics de santé, établissements médico-sociaux publics et établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel communiquent un compte financier conforme au règlement général sur la comptabilité publique.

(*) Si dans cette rubrique le montant est différent de zéro, l'organisme justifie comment il garantit l'indépendance du contenu de ses programmes.

IV. – Identification des conflits d'intérêts :

L'organisme fournit les informations suivantes :

- a) Le(s) formulaire(s) de déclaration d'intérêt (5° de l'annexe II) ;
- b) La structure/personne chargée de prévenir et de gérer les conflits d'intérêts ;
- c) La fréquence d'actualisation des déclarations d'intérêt.

V. – Engagement de l'organisme :

Je soussigné(e)..... (nom et prénom), agissant en ma qualité de.....
(président, directeur, autre) de l'organisme..... (nom de l'organisme), m'engage pour le
compte de l'organisme à garantir l'exactitude des informations et documents fournis.

Cachet de l'organisme

A, le

Signature

ARRETE

Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013

NOR: AFSH1305484A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles R. 4133-3, R. 4143-3, R. 4153-3, R. 4236-3, R. 4242-1 et R. 4382-4 ;

Vu l'avis de la commission scientifique indépendante des médecins en date du 22 janvier 2013 ;

Vu l'avis de la commission scientifique indépendante des chirurgiens-dentistes en date du 14 janvier 2013 ;

Vu l'avis de la commission scientifique indépendante des sages-femmes en date du 25 janvier 2013 ;

Vu l'avis de la commission scientifique indépendante des pharmaciens en date du 26 décembre 2012 ;

Vu l'avis de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 31 janvier 2013 ;

Considérant les objectifs du développement professionnel continu qui comprennent l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ;

Considérant les actions figurant dans les conventions et accords organisant les rapports entre les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et l'assurance maladie ;

Considérant le pacte « territoires santé » pour lutter contre les déserts médicaux lancé le 13 décembre 2012 ;

Considérant la stratégie nationale de santé lancée le 8 février 2013,

Arrête :

Article 1

La liste des orientations nationales du développement professionnel continu pour l'année 2013 figure en annexe du présent arrêté.

Article 2

Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe

A N N E X E

ORIENTATIONS POUR L'ANNÉE 2013

AU TITRE DU MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

Ces programmes sont conformes aux recommandations, avis et travaux de la Haute Autorité de santé et des agences sanitaires, et aux données acquises de la science.

I. — Orientation n° 1 : contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- la connaissance de l'état de santé de la patientèle et/ou de la population vivant sur le territoire où le professionnel exerce ;

- l'optimisation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans les pathologies aiguës et chroniques ;

- la promotion des parcours de santé et de soins, comprenant pour le patient le juste enchaînement de l'intervention des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins préventifs et curatifs ;

- la promotion des actions de prévention ou de dépistage ;

- la maîtrise des indications et contre-indications des actes diagnostics et thérapeutiques, des prescriptions en matière de médicaments, de dispositifs médicaux, d'examens biologiques, de transports sanitaires ;

- les programmes d'études cliniques et épidémiologiques visant à évaluer des pratiques et à actualiser et/ou compléter des recommandations de bonne pratique clinique ;

- la recherche et la critique de l'information scientifique pertinente.

II. — Orientation n° 2 : contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- le développement de l'information et de l'autonomie du patient ;

- de favoriser le bon usage et l'observance des traitements ;

- l'amélioration de la qualité de vie du patient et la prise en charge des personnes fragiles et/ou handicapées, et de leur entourage ;

- la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance ;

- l'amélioration de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie des patients ;

- la formation à l'éducation thérapeutique (permettre aux patients atteints de maladie chronique

d'acquérir ou de développer les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux l'évolution de leur maladie) ;

— la formation à la relation « professionnel de santé-patient » ou au « partenariat soignant-soigné ».

III. — Orientation n° 3 : contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

— d'améliorer la connaissance des enjeux de sécurité sanitaire et des procédures de déclaration d'événements indésirables ;

— de développer une culture de gestion des risques au sein des équipes (pluri)professionnelles de santé, notamment à travers les démarches qualité et les procédures de certification ;

— de développer une approche sur la pertinence des soins et des actes par des outils adaptés à son amélioration ;

— l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins décrite aux articles L. 4135-1 et suivants ;

— l'accréditation des laboratoires de biologie médicale décrite aux articles L. 6221-1 et suivants du code de la santé publique ;

— la prévention des événements indésirables liés aux soins : sécurité des soins, gestion des risques (a priori, ou a posteriori, y compris les événements porteurs de risque), iatrogénie (médicamenteuse notamment chez les personnes âgées, vigilances, déclarations d'événements indésirables, infections nosocomiales, infections liées aux soins) ;

— la sécurisation de la prise en charge de la thérapeutique médicamenteuse du patient à l'hôpital ou en ville (circuit du médicament) ;

— la connaissance par les professionnels des responsabilités juridiques des différents corps de métiers ;

— la lutte contre le mésusage et le détournement de certains médicaments ;

— la radioprotection des patients et des professionnels de santé, en radiothérapie, en médecine nucléaire, en radiologie et en radio-pharmacie.

IV. — Orientation n° 4 : contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

— l'élaboration de référentiels communs et de coopérations professionnelles ;

— la coordination de la prise en charge : organisation, plans de soins, protocoles pluridisciplinaires, dossier médical notamment au niveau territorial, relation entre médecins traitants et correspondants ;

— les coopérations entre professionnels de santé relevant des articles L. 4011-1 et suivants du code de la santé publique ;

- la formation des maîtres de stage ou des tuteurs d'étudiants des professions de santé ;
- le développement des systèmes d'information et le dossier médical (dossier médical personnel et dossier pharmaceutique prévus aux articles L. 1111-14 et suivant du code de la santé publique, logiciels d'aide à la prescription ou à la dispensation, programme Hôpital numérique 2012-2016) ;
- la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ;
- les modélisations des communications interprofessionnelles ;
- l'amélioration du travail en équipes de soins, la gestion managériale et des équipes ;
- la gestion économique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

V. — Orientation n° 5 : contribuer à l'amélioration de la santé environnementale

En lien avec les axes développés lors de la conférence environnementale, le développement professionnel continu mettra notamment l'accent sur :

- la connaissance par les professionnels de santé des données existantes sur les liens entre pathologies et facteurs environnementaux ;
- les actions que peuvent mettre en place les professionnels de santé, notamment celles inscrites dans le plan national santé environnement 2009-2013 et le plan national santé au travail 2010-2014.

VI. — Orientations n° 6 : contribuer à la formation professionnelle continue définie à l'article L. 6311-1 du code du travail

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- l'adaptation et le développement des compétences des salariés définies à l'article L. 6313-3 du code du travail ;
- la promotion professionnelle définie à l'article L. 6313-4 du code du travail ;
- la radioprotection des personnes prévues à l'article L. 1333-11 du code de la santé publique, définie à l'article L. 6313-8 du code du travail ;
- l'économie et la gestion de l'entreprise définies à l'article L. 6313-9 du code du travail ;
- le bilan de compétences défini à l'article L. 6313-10 du code du travail ;
- la validation des acquis d'expérience définie à l'article L. 6313-11 du code du travail.

Fait le 26 février 2013.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 19 juillet 2013 relatif aux modalités d'appréciation des critères d'évaluation prévues à l'article R. 4021-25 du code de la santé publique

NOR : AFSH1314131A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles R. 4021-25 et suivants ;

Vu l'arrêté du 12 décembre 2012 relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement en qualité d'organisme de développement professionnel continu et du dossier d'évaluation prévus aux articles R. 4021-23 et R. 4021-24 du code de la santé publique ;

Vu la proposition de la commission scientifique indépendante des chirurgiens-dentistes en date du 18 avril 2013 ;

Vu la proposition de la commission scientifique indépendante des sages-femmes en date du 19 avril 2013 ;

Vu la proposition de la commission scientifique indépendante des pharmaciens en date du 22 mars 2013 ;

Vu la proposition de la commission scientifique indépendante des médecins en date du 23 avril 2013 ;

Vu la proposition de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 24 avril 2013,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les commissions scientifiques indépendantes et la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales évaluent les organismes de développement professionnel continu sur la base des informations contenues dans le dossier d'évaluation joint à la demande d'enregistrement et au moyen des critères figurant en annexe du présent arrêté.

L'appréciation du critère de l'indépendance financière des organismes de développement professionnel continu, prévu au 3° de l'article R. 4021-25 du code de la santé publique, notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant les produits de santé mentionnés dans la cinquième partie du code de la santé publique, constitue un élément majeur de l'évaluation menée par chacune des commissions scientifiques. Elle est destinée à garantir strictement l'indépendance du contenu des programmes de développement professionnel continu des organismes qui présentent un dossier d'évaluation.

L'évaluation de chaque organisme est réalisée selon des modalités définies au sein du règlement intérieur de chacune des commissions scientifiques.

Les critères sont classés en trois rubriques définies en annexe. Chaque critère est noté de 0 à 10. Pour être évalué favorablement, l'organisme déclarant doit obtenir la moyenne dans chacune des trois rubriques.

Dans la rubrique I, l'attribution d'une note égale à zéro aux critères mentionnés au 4° ou au 7° est éliminatoire.

Dans la rubrique III, l'attribution d'une note égale à zéro aux critères mentionnés au 2° ou au 3° est éliminatoire.

Le score obtenu permet de déterminer une évaluation finale rendue par chaque commission scientifique concernée qui se traduit par les mentions suivantes : « Evaluation favorable » ou « Evaluation défavorable ».

Lorsque l'organisme propose des programmes de développement professionnel continu à un public pluri professionnel, l'évaluation est rendue par profession par chacune des commissions scientifiques concernées. L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu notifie à l'organisme déclarant le résultat de chaque évaluation.

L'évaluation défavorable fait l'objet d'une motivation explicite.

Art. 2. – L'organisme évalué défavorablement peut soumettre à nouveau à la commission scientifique compétente le dossier d'évaluation modifié pour tenir compte des motifs ayant justifié l'évaluation défavorable.

Cette possibilité lui est ouverte dans un délai maximum de quatre mois à compter de la notification de son évaluation défavorable par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu.

Art. 3. – Les organismes de développement professionnel continu évalués pour la première fois en 2013 et 2014 feront l'objet d'une nouvelle évaluation par les commissions scientifiques dans un délai de deux ans à compter de la date de leur première évaluation, en particulier au regard du critère de l'indépendance financière.

Art. 4. – Pour l'année 2013, une période d'enregistrement se situant entre le 1^{er} juillet et le 5 août est ajoutée aux périodes d'enregistrement prévues au I de l'article 4 de l'arrêté du 12 décembre 2012 relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement en qualité d'organisme de développement professionnel continu et du dossier d'évaluation prévus aux articles R. 4021-23 et R. 4021-24 du code de la santé publique.

Art. 5. – Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 19 juillet 2013.

Pour la ministre et par délégation :

*Le chef de service,
adjoint au directeur général
de l'offre de soins,
F. FAUCON*

A N N E X E

La capacité scientifique, méthodologique et pédagogique de l'organisme de DPC, les qualités et références des intervenants et l'indépendance financière sont appréciées selon les critères suivants :

Rubrique I : capacité scientifique et méthodologique de l'organisme de DPC

- 1° Identification d'une instance décisionnelle composée en majorité de professionnels de santé ;
- 2° Validité des contenus scientifiques des programmes de DPC (notamment vérification des critères de qualité des documents issus de la presse scientifique professionnelle s'ils existent, identification d'un conseil scientifique ou équivalent lorsqu'il existe, composé en majorité d'experts concernés par les programmes de DPC envisagés...) ;
- 3° Prise en compte des recommandations des agences sanitaires et des sociétés savantes lorsqu'elles existent et qu'elles sont adaptées à la pratique ;
- 4° Références aux méthodes et modalités de DPC à partir de la liste des méthodes définies par la Haute Autorité de santé en qualifiant le type d'approche dominante (pédagogique ou cognitive, analyse des pratiques, intégrée à l'exercice professionnel, dispositifs spécifiques, enseignement et recherche, simulation). Ce critère est éliminatoire ;
- 5° Pertinence du choix des méthodes et modalités dans les programmes de DPC eu égard au contexte de soins, aux objectifs poursuivis, aux attentes des professionnels de santé et aux démarches déjà entreprises sur la base des programmes proposés ;
- 6° Pertinence et argumentation du choix du mode présentiel et/ou non présentiel (nombre et identification des étapes prévues par les méthodes et modalités de la HAS) sur la base des programmes proposés ;
- 7° Conformité du programme de DPC à une orientation nationale ou régionale. Ce critère est éliminatoire ;
- 8° Pour la maîtrise de stage : conformité aux règles (cahier des charges, référentiels) définissant le contenu du programme et la nature de l'expertise, édictées pour la médecine générale par le Collège national des enseignants et maîtres de stage, et pour les autres spécialités ou disciplines, par les enseignants concernés ;
- 9° Pour le tutorat : conformité aux référentiels des compétences du métier considéré.

Rubrique II : capacité pédagogique de l'organisme de DPC et qualité et référence des intervenants

- 1° Identification des besoins des publics ciblés en amont des programmes ;
- 2° Détermination des objectifs du programme (nombre, pertinence, clarté) en fonction des publics de professionnels de santé visés ;
- 3° Qualité scientifique des contenus ;
- 4° Qualité des supports pédagogiques utilisés (papiers, numériques) ;
- 5° Mise en œuvre d'une procédure d'amélioration de la qualité des programmes (autoévaluation, évaluation externe, évaluation interne...) ;
- 6° Moyens mis en œuvre pour évaluer les effets des programmes proposés aux professionnels de santé sur leurs pratiques (amélioration de la qualité de la prise en charge, évolution des compétences professionnelles...) ;
- 7° Cohérence du profil des concepteurs (ou équipe) de programme de DPC avec le public visé ;
- 8° Cohérence du profil des opérateurs mettant en œuvre les programmes de DPC avec le public visé (publications dans des revues professionnelles, expérience dans le domaine de l'analyse des pratiques professionnelles...) et modalités de communication de leurs liens d'intérêts ;

9° En cas de sous-traitance, réalisation par l'organisme déclarant d'une partie du programme proposé : préciser les méthodes et la partie sous-traitée ;

10° En cas de lien existant avec l'université, capacité du diplôme universitaire à intégrer un programme de DPC.

Rubrique III : indépendance financière de l'organisme de DPC

1° Pourcentage du financement des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé dans les recettes totales de l'organisme sur la dernière année d'exercice ;

2° En cas de pourcentage supérieur à 0 %, analyse des procédures et moyens mis en œuvre par l'organisme visant à préserver l'indépendance du contenu des programmes à travers en particulier une présentation explicite et détaillée des modalités de financement de l'organisme et de ses éventuels sous-traitants et des déclarations des liens d'intérêt de tous les membres de l'instance décisionnelle et du conseil scientifique lorsqu'il existe ;

3° En cas de prestation indirecte (locaux, intervenant, mise à disposition de matériel, etc.), analyse des procédures et moyens mis en œuvre par l'organisme visant à préserver l'indépendance du contenu des programmes.



Inspection générale
des affaires sociales

Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Bertrand DEUMIE

Philippe GEORGES

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Jean-Philippe NATALI
Interne de santé publique
Stagiaire à l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2014 -

2013-126R

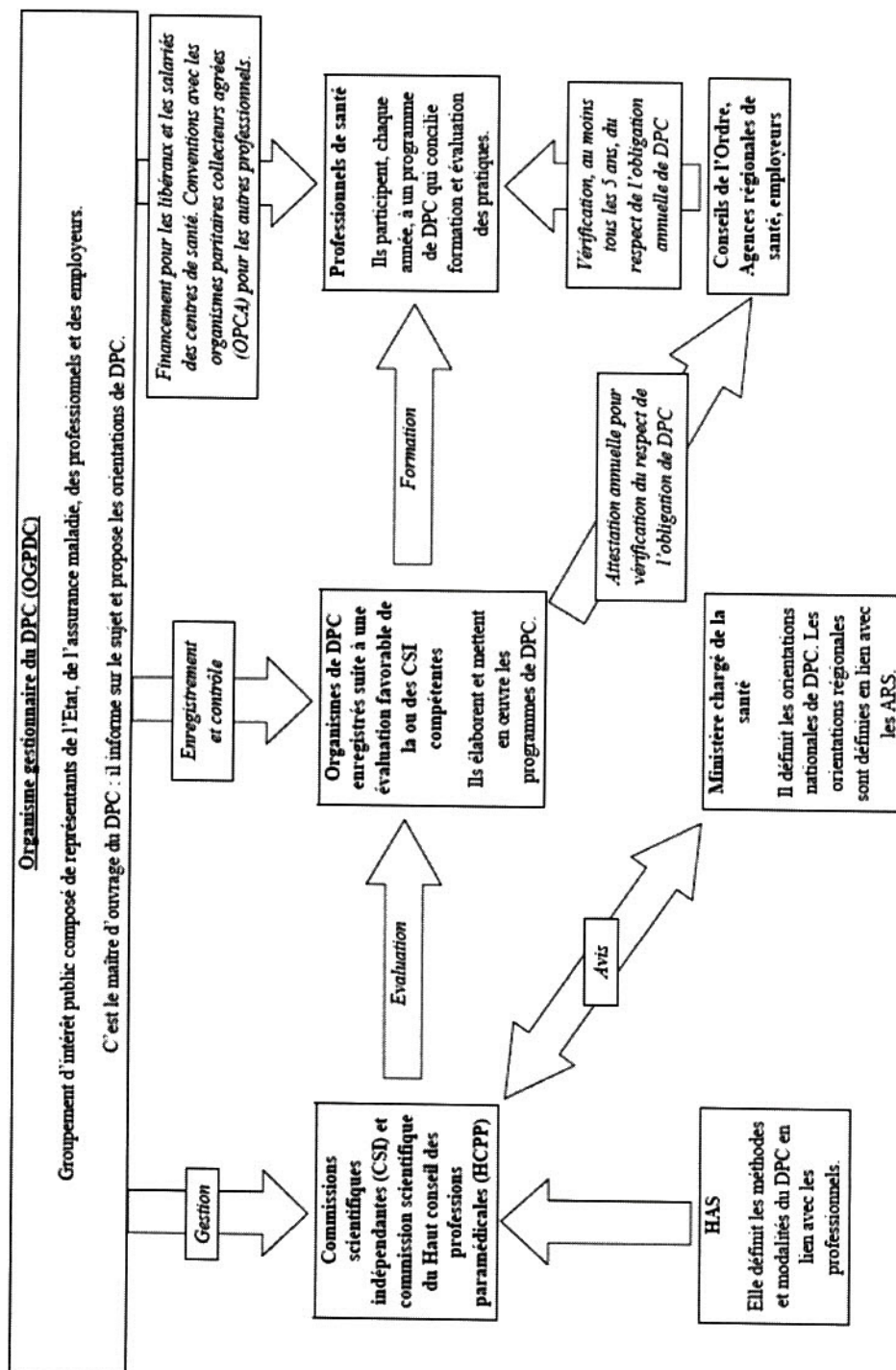
SYNTHESE

- [1] Une nouvelle architecture de la formation continue des professionnels de santé a été créée en 2009 dans le cadre de la loi dite HPST. Elle a pris le nom de développement professionnel continu (DPC).
- [2] Le schéma de cette architecture est simple : les professionnels de santé ouvrent un compte auprès d'un organisme national dénommé Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC). Les organismes de formation se font enregistrer, après une évaluation scientifique indépendante, auprès du même organisme qui publie les programmes disponibles auxquels les professionnels s'inscrivent. L'OGDPC finance les formations et indemnise les professionnels.
- [3] Ce schéma ne vaut cependant que pour neuf professions libérales, les autres professions libérales relevant de mécanismes de droit commun (FAF). La gestion de la formation continue des salariés hospitaliers s'effectue dans les établissements et par le truchement d'un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA). Les salariés exerçant ailleurs que dans les établissements de santé sont hors de ce schéma.
- [4] La mise en place de cette architecture est émaillée de nombreuses difficultés de nature différente. Des dysfonctionnements affectent notamment les procédures d'inscription des professionnels ainsi que de leur indemnisation et l'enregistrement des organismes n'a pas encore abouti, à cause du lent démarrage de la procédure d'évaluation.
- [5] Cette situation a conduit la ministre des affaires sociales et de la santé à demander à l'Inspection générale des affaires sociales de procéder à un contrôle de l'OGDPC. Il est rapidement apparu à la mission que les difficultés de fonctionnement de cet organisme ne prenaient qu'une part relative dans les critiques portées par les différents acteurs du DPC qui remettaient en cause certains aspects de la réforme. La mission a donc élargi le champ de son investigation.
- [6] À son terme, le contrôle de l'organisme révèle des dysfonctionnements mais pas de manquements graves. En revanche, la mission constate que le DPC a développé un épais nuage de problèmes de nature extrêmement diverse dans lequel il est possible de distinguer quatre strates.
- [7] L'analyse de la réforme fait d'abord apparaître plusieurs vices de conception. L'obligation de formation n'a pas de contenu précis : ni le volume d'heures ni le contenu de la formation ne font l'objet de prescription. La sanction du manquement à l'obligation n'est pas organisée et les aléas budgétaires qui affectent la construction des budgets de l'OGDPC ne donnent aucune assurance qu'il sera possible de financer le coût d'un DPC généralisé à tous les effectifs de l'ensemble des professions.
- [8] Ensuite, la mission a constaté quelques mauvais réglages. La procédure d'évaluation préalable des organismes par des commissions scientifiques indépendantes n'apporte pas toute garantie de qualité et la procédure de contrôle a posteriori n'est pas encore mise en place. L'organisation institutionnelle de l'OGDPC fait obstacle à une gouvernance claire.
- [9] En troisième lieu, la conduite de projet a été défectueuse. Dans un cadre juridique contraint par des textes qui empiètent sur la marge de gestion nécessaire, les remises en cause de règles édictées après « arbitrage » politique, les délais trop serrés, le choix technique hasardeux d'un recours exclusif à l'informatique, ont mis sous une pression excessive l'OGDPC.

- [10] Enfin, des blocages portent principalement sur le financement des organismes de formation par l'industrie pharmaceutique et, plus globalement, l'ouverture du DPC à tout type d'organisme de formation et sur le dispositif de leur évaluation.
- [11] Dans ce bilan, la responsabilité de l'OGDPC apparaît limitée ; c'est cette pression excessive qui lui a fait prendre certaines positions rigides et commettre des maladroites de communication.
- [12] Le nombre, la diversité de nature et la complexité des difficultés – parfois majorées par des acteurs qui se contentent de critiques et ne proposent rien – n'ont pas permis à la mission une analyse approfondie de chacune d'entre elles. Ainsi il n'a pas été possible d'examiner de manière détaillée la situation de chaque profession, notamment des professions paramédicales.
- [13] La réforme de 2009 comportait des avancées de principe qui n'ont, pour la plupart, pas connu de concrétisation dans le DPC tel qu'il fonctionne aujourd'hui :
- une obligation de formation commune à toutes les professions de santé, indifférente au statut, libéral ou salarié, du professionnel ;
 - une formation construite selon des méthodes communes à tous, alliant apport de connaissances (le « cognitif ») et l'évaluation scientifique et pédagogique des pratiques professionnelles, méthodes validées par la HAS ;
 - l'instauration d'une procédure d'évaluation préalable des organismes, qui n'existe pas dans les autres secteurs de la formation continue ;
 - le financement spécifique de formations pluri-professionnelles et inter-sectorielles ;
 - la lisibilité de l'offre de formation, offerte à tous, en un point unique ;
 - la liberté de choix de l'organisme de formation par le professionnel ;
 - le respect du droit de la concurrence.
- [14] Aussi il apparaît opportun de sauvegarder les principes de cette réforme. La plupart des interlocuteurs de la mission conviennent des avancées et certains se sont fortement engagés dans la mise en œuvre de la réforme. Les fortes oppositions sont concentrées sur quelques organisations. En revanche, une « carapace de scepticisme » entoure cette réforme dont beaucoup considèrent qu'elle échouera.
- [15] Cette dernière considération conduit la mission à marquer une grande importance à la manière dont doit être conduite toute modification apportée au dispositif. Un réel travail de concertation approfondie doit aboutir à un « accord » sur les grandes règles du changement, à l'image de ce qui a été réalisé avec l'accord national interprofessionnel sur la formation continue conclu le 14 décembre 2013. La concertation doit s'étendre à l'élaboration des textes afin que la réforme s'élabore sans ambiguïté et recueille la meilleure adhésion des acteurs. Une véritable conduite de projet doit être organisée pour la mettre en œuvre.
- [16] Les résultats enregistrés par l'OGDPC, selon lesquels la hausse des effectifs ayant suivi une formation est conforme aux objectifs de croissance, permettent de prendre le temps de cette concertation et de respecter les règles de l'art de la gestion, notamment des projets informatiques.
- [17] Un premier scénario consiste à maintenir le système actuel en en corrigeant les dysfonctionnements. Dans ce cadre, il s'agit de redonner confiance aux acteurs dans le dispositif en consolidant le financement du DPC et en assortissant l'obligation d'un jeu de sanctions réelles. Les procédures doivent être simplifiées et la qualité technique des formations assurée. La mission propose également d'alléger la gouvernance, de garantir une concurrence loyale entre organismes de formation et de clarifier les relations entre les employeurs et leurs salariés.

- [18] Le nombre important de retouches à effectuer peut cependant conduire à s'interroger sur des simplifications plus radicales du système actuel. La mission a proposé un jeu de scénarios (scénarios 2, 3 et 4) qui offrent un champ plus ouvert à la concertation nécessaire.
- [19] La mission a bâti ces scénarios à partir de deux idées directrices : circonscrire le rôle de l'État et, corrélativement, accroître les responsabilités des professionnels ; laisser au travail des professionnels et à l'expérience le soin de résoudre un certain nombre de questions pour lesquelles manquent aujourd'hui les données pour trancher.
- [20] Le deuxième scénario, plus proche que les suivants de l'actuel dispositif, recentre les missions de l'OGDPC sur la formation inter-professionnelle et les priorités de santé publique. Tout ce qui a trait aux formations de DPC propre à chaque profession ou secteur d'activité relève des organismes gestionnaires spécifiques : ANFH, OPCA, FAF.
- [21] Le troisième scénario circonscrit le DPC à un socle de connaissances à actualiser que détermine le professionnel après évaluation de sa pratique. Ce socle est à acquérir auprès d'organismes de formation ayant été évalués.
- [22] Le quatrième scénario consiste en l'application du droit commun de la formation continue. L'obligation, de légale, redevient déontologique. L'OGDPC est supprimé. Les financements publics sont convertis en incitations, notamment dans le cadre des conventions avec l'Assurance maladie, et, pour les établissements de santé, le niveau de DPC est un élément de la certification.
- [23] La mission marque sa préférence pour le deuxième scénario en ce qu'il implique notamment un moindre changement institutionnel mais opère des simplifications substantielles.

ANNEXE 1 : SCHEMA DE FONCTIONNEMENT DU DPC



Source : HAS, présentation mission

NOTES PERSONNELLES

NOTES PERSONNELLES

NOTES PERSONNELLES